様式第１号（第６条関係）

四万十市若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年　　月　　日

四万十市長　　様

四万十市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したいので、四万十市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 対象者との続柄 | □ 対象者本人□ 代理人（続柄　　　　）　（様式11号の提出が必要） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒電話番号(　　　　)　　　－ |
| 対象者 | □ 申請者と同じ（下記の生年月日(年齢)のみ記入）□ 上記の者を申請者として、委任します。（対象者欄の以下の項目の記入が必要） |
| フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 　年　　月　　日（　　　　　歳） |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒四万十市電話番号(　　　　)　　　－ |
| 利用開始予定日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| サービス内容 | 申請時点で利用したいサービスに☑をしてください。 |
| □ 訪問介護 |
|  | □ 身体介護　　　□ 生活援助　　　 □ 通院等乗降介助 |
| □ 訪問入浴介護 |
| □ 福祉用具貸与 |
|  | □ 車いす□ 車いす付属品□ 特殊寝台□ 特殊寝台付属品（サイドレール等）□ 床ずれ防止用具□ 体位変換器 | □ 手すり（工事を伴わないもの）□ スロープ（工事を伴わないもの）□ 歩行器□ 歩行補助つえ□ 移動用リフト（つり具の部分を除く）□ 自動排泄処理装置 |
| □ 福祉用具販売 |
|  | □ 腰掛便座 　　　　　　　　　　　　　 □ 簡易浴槽□ 自動排泄処理装置の交換可能部品　 □ 移動用リフトのつり具の部分□ 入浴補助用具  |
| 生活保護の受給（該当する方に☑をしてください。） | □ 有　・　□ 無 |
| ≪確認事項≫以下の項目について確認の上、☑をしてください。□ 他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。□ 支援事業の利用決定等に当たり、四万十市が住民登録及び他の制度の利用状況について、関係機関に照会し、必要な資料を閲覧することに同意します。 |
| その他特記事項 |  |

※医師の意見書（様式第２号）を添付してください。

様式第２号（第６条関係）

四万十市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 四万十市 |
| 病 名 |  |
| 注意事項等 |  |
| 　上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、四万十市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第２条第２号に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であったと判断できる。（判断年月日：　　 　　年　　月　　日）四万十市長　様年　　月　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　（自署の場合は押印不要） |

参考（四万十市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱）

（対象者）

第２条　本事業の対象者は、次の各号に掲げる全ての要件を満たす者とする。

　(1) 申請時点で四万十市に住所を有する者

　(2) がんの治癒を目的とした治療を行わないがん患者（医師に一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された者）

　(3) 本事業の利用時の年齢が、20歳以上40歳未満の者。ただし、18歳以上20歳未満の者で、小児慢性特定疾病医療費補助を受けていない者を含む。

　(4) 申請を行うサービスに対して、他の補助金等を受けていない者